

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Fortaleza dos Valos, Fortaleza dos Valos/RS**

**Yaritza Hernandez Almaguer**

**Pelotas, 2015**

**Yaritza Hernandez Almaguer**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Fortaleza dos Valos, Fortaleza dos Valos/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda dos Reis Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

A444m Almaguer, Yaritza Hernandez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Fortaleza dos Valos, Fortaleza dos Valos, RS / Yaritza Hernandez Almaguer; Fernanda Dos Reis Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Fernanda Dos Reis, orient. II. Título

CDD : 362.14

Este trabalho eu dedico-o a minhas filhas, meu esposo, e em especial a minha mãe, que sem sua ajuda eu não estaria aqui.

## **Agradecimentos**

Eu quero agradecer a toda minha equipe de saúde, aos gestores e em especial a minha orientadora por me orientar, ajudar e apoiar com a realização deste trabalho.

## Resumo

ALMAGUER, Yaritza Hernandez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Fortaleza dos Valos, Fortaleza dos Valos/ RS.** 2015. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente volume trata da intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Fortaleza dos Valos com o foco na melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. A intervenção foi precedida de uma análise da situação de saúde da população, na qual foi definida o foco. A área de abrangência da UBS é composta por 696 usuários hipertensos e 172 diabéticos, segundo estimativas. O cadastro foi realizado de acordo com as informações obtidas na ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial. A intervenção apresentou bons resultados em um período de três meses de realização e, apesar não alcançamos a meta prevista de 70% da cobertura, foi possível cadastrar 228 usuários com hipertensão (32,8%) e 83 usuários com diabetes (48,3%). Ao final da intervenção todas as metas de qualidade foram atingidas em 100% em todos os indicadores. É importante apontar os cadastrados no Programa passaram a ter um melhor acolhimento, um atendimento de qualidade com exame físico completo, avaliação nutricional, pedidos de exames complementares de acordo ao protocolo para identificar a gravidade das suas doenças e até outras doenças associadas. Todos receberam receitas de remédios da Farmácia Popular/hiperdia. Foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os usuários que estavam com atraso nas consultas foram visitados pelos ACS para que assistissem à consulta. A intervenção melhorou o engajamento público entre a comunidade, gestores e profissionais da saúde, os usuários adquiriram muitos conhecimentos sobre estas doenças, além disso, foi muito importante para o serviço, pois o trabalho ficou mais organizado, oferecendo uma atenção de qualidade aos usuários incluindo a saúde bucal. Também foi muito relevante para a equipe porque com ela fizemos varias capacitações sobre a atenção as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus doenças frequentes na atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; saúde bucal.

## **Lista de Figuras**

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	48
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	49
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	50
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	51

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença arterial coronária
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GMA	Grupo de Monitoramento e Avaliação da Intervenção
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	30
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados .....	48
4.2 Discussão.....	57
5 Relatório da intervenção para gestores .....	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências .....	66
Anexos .....	67

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância, pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). Foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fortaleza dos Valos, no município de Fortaleza dos Valos, RS. O volume está organizado em sete unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da UBS Fortaleza dos Valos. A segunda é a análise estratégica constituída pelo projeto da intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os aspectos qualitativos do decorrer da intervenção. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados quantitativos. As três últimas partes estão compostas pelo Relatório da intervenção para os gestores; Relatório da intervenção para a comunidade; e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Eu trabalho no município Fortaleza dos Valos RS. O município conta com uma Unidade Básica de Saúde com duas equipes de saúde, uma equipe urbana e outra rural além de uma equipe de saúde bucal urbana. Atuo como médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fortaleza dos Valos, que atende a uma população de quase 5 mil pessoas. A UBS tem boa estrutura e está composta por consultórios médicos, consultórios odontológicos, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, direção, sala de espera, recepção, cozinha, sala de reuniões e banheiros para usuários e para trabalhadores.

A equipe de saúde da família urbana é composta por médico, enfermeira instrutora/supervisora, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde. Já a equipe de saúde da família rural é composta de médico, enfermeira, técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O horário de atendimento começa às 8 horas de manhã até 12 horas e de 13 horas até 17 horas. As consultas não são agendadas. São consultados todos os usuários que precisam atendimento e são realizadas visitas domiciliares em dois dias na semana aos usuários que apresentam dificuldades para se dirigir à UBS, usuários com doenças crônicas, acamados. Estamos trabalhando para conseguir incorporar as gestantes e lactantes, que até o momento são atendidas no hospital para a realização do parto.

Eu trabalho na equipe urbana e rural, em dois dias na semana trabalho em UBS rurais como médica do "Programa Mais Médicos". Temos quatro UBS no interior do município onde se programam semanalmente consultas, além disso, contamos com uma unidade móvel para toda quinta-feira à tarde e sexta-feira pela

manhã para fazer consultas nas outras sete localidades que não possuem UBS, conforme cronograma mensal.

Também fazemos grupos de hipertensos e diabéticos mensais na cidade e na zona rural e realizamos atividades de promoção e prevenção em saúde, assim como sobre doenças crônicas não transmissíveis e outros temas. As principais doenças que são atendidas na unidade são: afeções respiratórias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e doenças relacionadas à saúde mental, tais como depressão e ansiedade. Neste tempo que eu estou trabalhando percebo que existe um abuso com os medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, entre outros, por isso estamos trabalhando muito fazendo um grande esforço para melhorar esta situação e contribuir com a qualidade de vida da população.

Todas estas situações são analisadas nas reuniões de equipe com todo o pessoal de trabalho onde planejamos as atividades em conjunto para um melhor cumprimento. As reuniões da equipe são mensalmente, embora às vezes por necessidade realizamos reuniões extraordinárias.

Minha relação com a comunidade é favorável, eu entendo bem os usuários e a maioria deles entendem o que eu falo, eu acredito que com o tempo meu português vai a melhorar com a prática. A população está muito agradecida com nosso trabalho, espero que com o tempo melhore cada dia mais, porque a nossa maior satisfação é alcançar uma melhor qualidade de vida para todos.

Na área adstrita da UBS temos escolas, creches e várias instituições religiosas. Contamos também com um hospital, que temos o espaço para assistência social e consultas psiquiátricas, além de realizarem internações para tratamento de doenças psiquiátricas. Além disso, há pouco tempo foi inaugurada uma instituição para os idosos que não tem condições econômicas e que moram sozinhos. As vagas para essa instituição dependem de prévia avaliação da assistência social.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Fortaleza Dos Valos- RS tem uma população de 4.575 pessoas, distribuídas na área urbana e rural. Existe uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Hospital chamado Bom Pastor, onde atuam um Médico Geral, Nutricionista, Psicólogo, e são agendadas

consultas para outras especialidades. Também se realizam exames complementares de urgências e agendados, embora muitos sejam realizados em outras cidades. Não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A situação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em meu serviço tem 100% de cobertura, sendo uma rural e outra urbana, e uma equipe de saúde bucal urbana. Esta UBS atua como uma Estratégia de Saúde da Família e está composta por duas equipes, uma urbana composta por: médico, enfermeira instrutora/supervisora, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde. A equipe rural é composta por: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, além de odontólogo e auxiliar de saúde bucal que não formam parte da equipe, mas garantem a atenção bucal na área rural. O horário de trabalho começa às 8 horas de manhã até 12 horas, e de 13 horas até 17 horas. Eu trabalho na ESF rural, temos 4 unidades de apoio no interior do município onde se programam semanalmente consultas, além disso, contamos com uma unidade móvel para todas as quintas feiras à tarde e sextas feiras pela manhã fazer consultas nas outras localidades conforme cronograma mensal. Também faço visitas domiciliares uma vez por semana.

A UBS urbana tem boa estrutura, está composta por consultórios médicos, consultórios odontológicos, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, direção, sala de espera, recepção, cozinha, sala de reuniões e banheiros para usuários e para trabalhadores. Quanto aos ambientes específicos, a UBS tem uma sala de recepção/arquivo de prontuários, uma sala de espera com capacidade para 30 usuários, uma sala de reuniões sendo uma deficiência porque devem ser duas, uma para cada equipe de saúde, a qual é usada também para os Agentes Comunitários de Saúde. Tem disponibilizada uma sala de almoxarifado, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, não temos sala de nebulização, nem escovódromo. Os consultórios não têm sanitários. Também a UBS tem área específica para o compressor, um sanitário para usuários com deficiência e outro para funcionários. Uma cozinha, um depósito para material de limpeza, assim como uma sala para fazer todos os procedimentos de descontaminação do material utilizado nos diferentes procedimentos médicos. Tem abrigo de resíduos sólidos que são recolhidos uma vez por semana por uma empresa privada sem separação. Tem depósito de lixo não contaminado, mas diferente do anterior é recolhido três vezes por semana.

Dentro das deficiências encontradas temos que não são desenvolvidas atividades de ensino, não oferece atendimento à população nos fins de semana, só contamos com uma sala de reuniões, não tem consultórios com sanitários, não tem sala de nebulização, o consultório ginecológico não tem sanitário privativo, não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braile, nem através de recursos auditivos, existe um sistema de manutenção do material de consumo insatisfatório, além da não existência de negatoscópios suficientes. Destacam-se também as deficiências quanto aos protocolos, eu acho que esta é a mais importante, pois muitas vezes temos dúvidas com relação ao tratamento de determinada doença.

Uma das deficiências de maior relevância é a não existência do NASF, o qual está em processo de criação. Acredito que com a formação do NASF vamos ter uma atenção em saúde integral e melhorar a qualidade de vida da população, mas precisamos da ajuda dos gestores de saúde. Também devemos desenvolver atividades de ensino vinculadas ao PET-Saúde em áreas de ensino superior, para isso estamos planejando fazer atividades educacionais, integrando os profissionais de diferentes especialidades e níveis sociais.

A resolutividade das demais deficiências encontradas não depende de nós diretamente, mas podemos informar e solicitar aos membros da equipe gestora do município ou investir na construção de vínculos com a comunidade para superar as dificuldades. As atribuições dos profissionais caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Uma das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde é a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando os grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos, assim como os grupos de agravos e a sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais, participando todos os profissionais das equipes.

O cuidado domiciliar é uma ação de muita relevância, pois oferece uma maior inter-relação dos profissionais com os usuários, no qual participam o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, tendo como deficiência a não participação do odontólogo e auxiliar de saúde bucal.

Dentre as necessidades observadas em meu serviço, eu acho que tem prioridade a participação de todos os profissionais na busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, já que somente participam médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS, para isso orientaram aos demais membros das equipes sua incorporação à mesma. Outra deficiência encontrada é que os profissionais de minha UBS não acompanham o plano terapêutico proposto ao usuário quando encaminhado a outros níveis do sistema, também não em situações de internação hospitalar.

A minha UBS atende uma área adstrita com 4.575 pessoas, cada equipe atende uma estimativa de 2.287 pessoas, portanto é inadequado o tamanho da população em relação ao número de equipes, pois a media deveria ser 3.000, mas isso é favorável para melhorar o trabalho de nossa UBS. A distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com a estimada com base na distribuição brasileira como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária

<b>Faixa etária</b>	<b>População atual</b>	<b>Denominadores</b>
< 1	50	55
1-4	181	110
5-14	692	679
15-59	2997	2995
>60	655	624

O acolhimento tem que estar presente em todas as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, já seja nas unidades de saúde, no domicílio ou nos espaços comunitários.

Minha UBS não tem uma sala específica para o acolhimento, é feito na recepção primeiramente pela recepcionista, ela tem a função de arrumar as fichas dos usuários e encaminhá-los para a sala de enfermagem/procedimentos, onde são acolhidos, avaliados e orientados para as consultas segundo suas necessidades. Não existe equipe de acolhimento, mas são realizados todos os dias nos dois turnos de trabalho, de forma mista.

Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades escutadas em mais de 25 minutos. Nossa equipe de saúde não conhece nenhuma avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário, assim como também não a avaliação e classificação de vulnerabilidade social.

Em nossa UBS existe excesso de demanda espontânea por parte dos usuários residentes de nossa área de cobertura, quando chegam à unidade são escutados pela enfermeira, de modo que sejam negociadas as necessidades, em alguns casos a enfermeira dá solução a elas e orienta ao usuário retornar outro dia para ser avaliado pelo médico. Se o usuário precisa atendimento imediato é encaminhado para consulta médica.

Os atendimentos não são agendados geralmente, pouco a pouco estamos alcançando mudanças nesse aspecto, alguns usuários tem consciência da importância do seguimento das doenças e comparecem às consultas programadas, mas ainda temos que trabalhar mais nesse sentido.

Com o objetivo de superar ou minimizar as dificuldades encontradas devemos formar uma equipe responsável do acolhimento dos usuários, assim como capacitar os profissionais sobre a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário.

Em minha área de abrangência temos um total de 50 crianças, que representa 91% em relação à estimativa, mas, o seguimento das crianças não se realiza conforme o calendário do Ministério da Saúde. Os indicadores de qualidade da saúde da criança, em minha UBS, tem que mudar em muitos aspectos, como por exemplo, temos 70% das consultas em dia, mas as consultas são feitas pela enfermeira. Caso a enfermeira percebe alguma dificuldade, ou seja, quando a criança fica doente, então é dirigida a fazer avaliação médica, neste caso não estamos fazendo puericultura. Temos 26 crianças com sua primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, um 90% de realização do teste do pezinho, 100% com orientações para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e todos estão vacinados de acordo ao calendário.

Encontramos deficiências na realização das consultas, pois temos atraso em mais de sete dias, além de que não se realiza o monitoramento do desenvolvimento em todas as consultas. Um aspecto que está ruim é a avaliação de saúde bucal, com 0%.



A puericultura é realizada pela enfermeira, em um dia da semana em dois turnos, somente às crianças menores de doze meses. Além das consultas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, pertencentes a nossa área de cobertura.

Outras deficiências encontradas são a não existência do protocolo de atendimento de puericultura na UBS, o qual dificulta o processo de trabalho, não existe avaliação odontológica embora se realize promoção de saúde bucal nas puericulturas, também não existe o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família do Ministério de saúde na UBS. A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de mães das crianças, isto já foi planejado anteriormente, mas as mães não participaram.

Na minha UBS não existem profissionais dedicados ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura. Depois de fazer uma reflexão sobre a atenção à saúde da criança em minha unidade, acredito que para contribuir a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção, temos muitos processos de trabalho que podemos melhorar. O primeiro que temos que fazer é organizar uma equipe encargada do planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura, composta por médico geral, enfermeira, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e vacinadora. Através dela vamos garantir um atendimento integral às crianças.

Também temos que fazer um formulário especial da puericultura e designar um arquivo específico para os registros dos atendimentos. Podemos melhorar a atenção à saúde da criança em minha UBS, só temos que trabalhar em equipe e oferecer mais informações à população em geral para que conheçam todos os atendimentos que temos na atenção primária. Além disso, todas as deficiências encontradas serão analisadas na próxima reunião da equipe e propostas as possíveis soluções.

A atenção pré-natal começa desde o planejamento familiar, todo casal antes de uma gravidez, tem que ser avaliado para identificar os fatores de riscos que possam interferir na gravidez, e assim diminuir a morbimortalidade da futura mãe e da criança. É muito importante que toda grávida tenha um bom controle e seguimento de sua gestação, desde o momento da captação até o parto e puerpério.

Cada uma destas etapas tem suas características, por isso é imprescindível à participação tanto da grávida, como de seu parceiro e família na evolução da gestação, para que a mulher se sinta acolhida não só pelos profissionais da saúde, também por seu parceiro e pela família em geral.

O acompanhamento das gestantes sempre foi feito no hospital da cidade com o médico que realiza o parto. O acompanhamento na unidade é ofertado às gestantes, entretanto as mesmas apresentam resistências em aderir ao acompanhamento na unidade, visto que já é cultural essa atenção hospitalar na gestação.

Segundo a enfermeira supervisora da UBS, o acompanhamento das gestantes é feito da seguinte maneira: a mulher vai à consulta com enfermeira relatando atraso menstrual, é solicitado o exame HCG, quando é positivo ela retorna à UBS onde são solicitados os primeiros exames de rotina e realizados os testes rápidos de HIV e Sífilis. Posteriormente é encaminhada para o hospital Bom Pastor para o acompanhamento com o profissional que vai realizar o parto. Além disso, as gestantes são seguidas na comunidade pelos ACS, através das visitas domiciliares mensais, onde o mesmo anota numa ficha de acompanhamento os dados da consulta para levar para a enfermeira supervisora. A mesma tem a função de lançar os dados no SISPRENATAL WEB mensalmente. Segundo esses dados, em nossa população temos 21 gestantes, possuem apenas seguimento da vacinação na UBS.

A partir de agora só nos resta trabalhar muito em equipe para integrar às gestantes a nossa UBS, eu sei que vai ser difícil, mas temos que tentar, para isso temos que oferecer informações à população para que conheçam, que além de ser atendidas no hospital também seria muito bom ter acompanhamento pela UBS.

Também poderíamos fazer um grupo de gestantes, onde participem além das gestantes, pais, avós e demais cuidadores, para facilitar orientações sobre os cuidados durante a gestação, parto, puerpério, assim como cuidados da criança.

Além do acompanhamento das gestantes, temos que estar também atentos a outros aspectos que envolvem a população feminina, como o combate ao câncer, por exemplo. O câncer é uma causa de morte muito frequente na população feminina, com maior incidência temos o câncer de mama e de colo uterino, por isso é muito importante realizar um bom controle deles. O câncer de mama representa a primeira causa de morte na população feminina brasileira, seguido pelo câncer do dolo de útero.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, em minha UBS temos um registro que me permitiu preencher o caderno de ações programáticas. Eu acho que a cobertura em nossa área de abrangência é boa, pois temos um total de 973 mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, o qual representa 77%. Segundo os indicadores de qualidade, devemos trabalhar mais para obter melhores resultados, somente temos 57% de exames citopatológicos em dia, embora tenham uma pequena porcentagem com mais de seis meses de atraso (8%), e 5% com exame alterado. Todos os exames realizados tinham a amostra satisfatória.

Depois de realizar o preenchimento do questionário, podemos avaliar alguns aspectos do processo de trabalho que devemos melhorar, por exemplo, destinar um arquivo específico para o registro dos exames coletados, com uma ficha para cada uma das mulheres em idade fértil, dispostas por ano e mês de acordo ao calendário, com o objetivo de conhecer as mulheres que devem fazer a coleta por mês, e assim verificar os atrasos, além do seguimento das mulheres com exame alterado, deste jeito o controle e seguimento vai ser mais eficaz.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, podemos preencher o caderno de ações programáticas com o registro. Em nossa população o total de mulheres de 50 a 69 anos acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é 406, que corresponde a 86% do total delas. Somente 211 mulheres, o que representa um 52%, fez mamografia em dia, e 174 mulheres têm mais de três meses de atraso. Isso fala a favor de que temos que trabalhar mais nesse aspecto, aproveitar nas consultas dia a dia para orientar a importância da realização da mamografia, além da realização de autoexame de mama mensal para o diagnóstico precoce da doença. Encontramos como deficiência a não existência de arquivo para o registro dos resultados da mamografia, o qual seria muito útil para o controle e seguimento.

Como estratégia em minha UBS para o controle das mulheres com resultados alterados de exame citopatológico e de mamografia, eu acho que devemos integrar mais profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações de controle. Também podemos fazer grupos de mulheres para oferecer informações sobre estas doenças. Também podemos fazer levantamentos das mulheres com essa faixa etária junto com os agentes comunitários e que esses sejam orientados quanto as principais informações a serem compartilhadas com esse público.

Outro agravo relevante no âmbito da Atenção Básica é a hipertensão arterial. Trata-se de uma doença crônica muito frequente na população, de forma que sempre temos que realizar o rastreamento nos adultos (acima de 18 anos), já que é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais.

A forma de registro que permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas foi por meio do programa de HIPEREDIA, SIAB e prontuários clínicos. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área parece adequada à realidade, porque em minha área de abrangência temos um total 96% de usuários acompanhados, segundo a estimativa do caderno de ações programática, então eu acho que as pesquisas realizadas neste ano são boas embora que temos que seguir fazendo rastreamentos a usuários maiores de 18 anos de idades.

Analizando o Caderno de Ações Programáticas a avaliação da cobertura de HAS encontrada é boa. No quadro abaixo se apresenta, um paralelo entre os indicadores e as estimativas encontradas em minha unidade.

Quadro 2. Indicadores relacionados à hipertensão.

<b>INDICADORES</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico	572	58%
Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias	146	15%
Exames complementares periódicos em dia	572	58%
Orientação sobre prática de atividade física regular	572	58%
Orientação nutricional para alimentação saudável	572	58%
Avaliação de saúde bucal em dia	357	36%

Depois do preenchimento e examinando o questionário eu pude avaliar que temos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para contribuir, ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS. Em minha UBS não contamos com protocolos impressos de atendimento para usuários portadores de HAS, acho que isso se pode resolver com os dirigentes da unidade, pois é muito importante ter em nossos consultórios, já que a HAS é uma doença com um alto índice de morbidade, mas sem contamos com protocolos para regular o

acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde como são encaminhamento para atendimento nas especialidades, e encaminhamento para internação hospitalar, pois no município não contamos com um serviço de pronto socorro nem de pronto atendimento.

Além disso, não contamos com um formulário especial para registrar os atendimentos dos usuários e nem com um arquivo específico sendo muito importante, pois tem como objetivo verificar usuários faltosos ao retorno programado, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS de risco entre outros.

Em minha UBS contamos com 4 grupos de hipertensos com assistência a 76% dos usuários com HAS onde se realizam atividades com os adultos. Esses grupos são realizados na associação de bairro / comunitária e participam médico geral, enfermeiro, técnica de enfermagem, farmacêuticos sendo muito boas as atividades de educação em saúde realizadas ali. Devemos incorporar nessas atividades mais membros da equipe de saúde da família, porque não são responsabilidades dos médicos e enfermeiros, também existem profissionais que podem ser de muita ajuda como psicólogo, um nutricionista, odontólogos.

Outra doença muito frequente é a Diabetes Mellitus, caracterizada por uma síndrome metabólica hereditária, sua prevalência está aumentando aproximadamente 7% da população adulta brasileira, doença que lidera como a principal causa de cegueira, doença renal e amputação, e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

A forma de registro que permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas foi por meio do programa de HIPEREDIA, SIAB e prontuários clínicos. A estimativa do número de Diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece adequada a sua realidade, porque em minha área de abrangência temos um total de usuários que são acompanhados de 92%, segundo a estimativa do caderno de ações programáticas.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, minha avaliação da cobertura de DM encontrada é boa, pois, os indicadores correspondem às estimativas de minha área de abrangência. Os indicadores da qualidade da atenção à HAS que foram avaliados refletem o trabalho realizado na UBS. Os indicadores e as estimativas encontradas em minha unidade foram explicitados na tabela de abaixo.

Quadro 3. Indicadores relacionados ao diabetes mellitus.

<b>Indicadores</b>	<b>Informe de diabetes</b>	<b>%</b>
Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico	248	92%
Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias	105	39%
Com exames complementares periódicos em dia	248	92%
Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses	125	46%
Com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses	125	46%
Com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses	125	46%
Com orientação sobre prática de atividade física regular	248	92%
Com orientação nutricional para alimentação saudável	248	92%
Com avaliação de saúde bucal em dia	96	36%

Como deficiência, não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de DM, mas, podemos resolver na unidade com os dirigentes. Também não temos formulário específico para registrar os atendimentos dos usuários, mas são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. Além disso, não temos um arquivo específico sendo muito importante para verificar a assistência dos usuários na unidade, identificar procedimentos atrasados entre outros.

Em minha unidade de Saúde são desenvolvidas ações de saúde no cuidado aos adultos portadores de DM, como são imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal mensal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral entre outros, estas ações de saúde são planejadas pela equipe de saúde mensalmente, pelo que temos 4 grupos de diabéticos com uma assistência de um 76%.

A população brasileira é considerada uma população envelhecida, pois mais dos 10% tem 60 anos ou mais, indicador que vai crescer nos últimos anos. O envelhecimento é um processo natural dos indivíduos, mas é o grupo etário com mais condições para desencadear doenças, devido à deterioração dos indivíduos, perda de capacidades funcionais, e condições do meio ambiente, que influem diretamente sobre a saúde das pessoas idosas.

Minha área de abrangência tem 4575 pessoas, delas 620 com 60 anos ou mais, o qual representa 13.5% do total, portanto eu considero que minha população

é envelhecida. Segundo a estimativa temos 99% de cobertura de idosos residentes na área e acompanhados na UBS, que apresenta uma realidade adequada à estimativa.

A forma do registro da minha UBS me permitiu o preenchimento desta parte do caderno das ações programáticas, mas tenho que assinalar que existem deficiências que podem ser melhoradas para obter dados mais precisos, como por exemplo, não existe registro específico de pessoas idosas, nem arquivo específico para os atendimentos dessas pessoas, elas ficam arquivadas no prontuário clínico e odontológico, e dentro de cada ficha familiar.

Nossos indicadores da qualidade da atenção de saúde comportam se da seguinte forma: 450 usuários têm preenchida a caderneta de saúde da pessoa idosa, o que corresponde a 73 %. Temos 347 usuários com realização de avaliação multidimensional rápida e acompanhamento em dia, conformando 56% do total de idosos. Além disso, 78% dos usuários desta faixa etária têm Hipertensão Arterial Sistêmica, e somente um 13% padecem de Diabetes Mellitus. A avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilidade na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular têm um 56%, mas eu acho que essa porcentagem pode melhorar e nós vamos a trabalhar para garantir isso. Enquanto à avaliação de saúde bucal em dia, contamos apenas com 191 usuários, o que corresponde a um percentual de 31 %.

Na minha UBS realizam-se atendimentos de pessoas idosas todos os dias da semana e em todos os turnos. Participam do atendimento dos idosos enfermeiros, médicos, odontólogo, técnico de odontologia e de enfermagem. Após a consulta, o idoso sai com a próxima consulta agendada.

Além das consultas agendadas temos oferta e demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos, às vezes temos excesso de demanda, nestes casos avaliamos o risco, a maioria é atendida no dia, os demais agendamos consulta para o dia seguinte, se sua condição o permite.

Também são desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como são: imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da

obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Os profissionais de saúde da minha UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso através do exame clínico, assim como explicam ao idoso e a seus familiares como reconhecer sinais de riscos relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão.

Dentro das deficiências encontradas, aponta-se a não existência de protocolo de atendimento para idosos, também não protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde questão muito ruim, pois atrapalha nosso trabalho, mas já foi informada para gestão municipal.

Não existe arquivo independente para os registros dos atendimentos dos idosos, o que dificulta o acompanhamento dos dados, bem como o controle de todos os idosos e suas características particulares.

A equipe realiza atividades com grupos de idosas duas vezes ao mês, na associação bairro comunidade, mas temos como dificuldade a não participação do odontólogo e da técnica de saúde bucal. Eu acho que se eles participaram nestes grupos a atenção de saúde bucal nesta faixa etária seria mais adequada.

Realiza-se cuidado domiciliar aos idosos e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados, os atendimentos são feitos de maneira geral, mas também devemos integrar aos profissionais da saúde bucal de nossa UBS.

De forma geral esta é a situação da minha unidade de saúde em relação com as pessoas idosas, para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos temos que continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários.

Continuar trabalhando nas atividades de grupo com todos os profissionais do posto para reforçar a assistência às consultas agendadas, e o preenchimento das cadernetas, assim como a avaliação geral desta faixa etária.

Criar uma lista de assistência destes usuários às atividades de grupo para ter controle dos usuários que assistem e seguem os temas e atividades a realizar. Eu acho que todos trabalhando juntos podem fazer muitas ações para melhorar o



atendimento a saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

Dentro dos desafios que temos em nossa unidade o mais importante é integrar a todas as gestantes e crianças à realização de consultas pré-natais e puericulturas respetivamente, embora em comparação com o começo do curso já temos uma melhoria nesse aspecto, mas ainda nos falta muito. Além disso, temos que mudar mais os estilos de vida dos usuários, através das diferentes ações de saúde realizadas pelos profissionais de nossa UBS, com o apoio dos gestores do município.

Os melhores recursos da UBS onde atuo certamente é a boa vontade de toda equipe para a melhoria das condições de saúde da população, a participação dos profissionais em muitos cursos para sua capacitação na atenção primária de saúde, a integração deles neste curso, pois na medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe no trabalho do dia a dia. De forma geral durante este período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os cadernos de ações programáticas, temos muitos desafios que enfrentar ainda, principalmente para alcançar mudanças em função da saúde da população, vamos trabalhar com muito esmero de aqui para frente.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório está dando exemplo das mudanças que apresentou minha unidade básica de saúde. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje, principalmente com o preenchimento dos questionários pela equipe. Além disso, o relatório foi composto de muitas questões que não foram contempladas no texto inicial, devido às reflexões trazidas pelo curso. É importante ressaltar que na nossa população são muito frequentes as doenças do sistema nervoso, por anos existe um alto consumo de medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos, que nós temos diminuído aos poucos, mas é muito difícil, por isso

vamos a seguir trabalhando dia a dia até obter os resultados esperados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa população.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

As doenças crônicas mais comuns na Atenção Básica de Saúde são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). A HAS é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como no acidente vascular cerebral (AVC), na doença arterialcoronária (DAC), na insuficiência cardíaca e renal, entre outras. A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente cerebrovascular, acometendo as mulheres em maior proporção. Alguns autores consideram que 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por DAC são decorrentes de HAS. Por tanto a HAS é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SARTORELLI, 2003).

A DM também é muito frequente em Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de diabetes mellitus e de tolerância à glicose diminuída. Os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes. Um estudo multicêntrico de base populacional, conduzido em 1988 em nove capitais de estados brasileiros, demonstrou que a prevalência do diabetes e a tolerância à glicose diminuída em população urbana, entre 30 e 69 anos de idade, são de 7,6 e 7,8%, respectivamente. Os casos de diabetes previamente diagnosticados corresponderam a 54% dos casos identificados, ou seja, 46% dos casos existentes desconheciam o diagnóstico, que provavelmente seria feito por ocasião de manifestação de alguma complicação crônica do diabetes (BRASIL, 2013a).

Considerando a necessidade de intervenção para controle desses agravos, o presente projeto de intervenção destina-se a propor melhoria na atenção oferecida a usuários com essas patologias.

O cenário da intervenção será a Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no município Fortaleza Dos Valos do Rio Grande do Sul. Há uma população de 4.575 habitantes, a principal atividade econômica é a agricultura. Ela tem boa estrutura, está composta por dois consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, direção, sala de espera, recepção, cozinha, sala de reuniões e banheiros para usuários e para trabalhadores. Está composta por duas equipes, uma ESF Urbana composta por: médico, enfermeira instrutora/supervisora, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde, e uma ESF Rural composta por: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, além de odontólogo e auxiliar de saúde bucal que não formam parte da equipe, mas garantem a atenção bucal na área rural. O horário de trabalho começa às 8 horas de manhã até 12 horas, e de 13 horas até 17 horas, de segunda a sexta-feira.

A estimativa do número de Hipertensos com 20 anos ou mais de idade acompanhados na UBS é de 983, o que corresponde a 96% da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na área, e o número de Diabéticos com 20 anos ou mais de idade é de 269, 92% da população total. Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus da área de abrangência, ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo.

Em nossa UBS se realiza atendimento de adultos portadores de HAS e DM, todos os dias da semana em todos os turnos. Após a consulta, o adulto com HAS e DM sai com a próxima consulta programada agendada, além disso, existe também demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM. Contamos com excesso de demanda.

A UBS está buscando forma de obter impressos dos protocolos de atendimento de HAS e DM. São realizadas também busca ativa de usuários faltosos tanto hipertensos como diabéticos, tratando-se de estimular a participação deles nas

atividades de grupo para ampliar a participação. As ações de promoção de saúde que já são desenvolvidas em minha UBS têm a orientação nutricional ao usuário diabético e hipertenso sobre uma alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, também orientações sobre riscos do consumo de tabaco e álcool prejudiciais para a saúde e como fator desencadeante de estas doenças, e orientação sobre higiene bucal.

Ao considerar a análise situacional da população, definiu-se como foco de intervenção o tema de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pois nunca foi feito um projeto de intervenção com estes usuários. Além disso, busca-se garantir o cadastramento de todos os usuários com estas doenças, levar melhor qualidade nos atendimentos a estes grupos específicos, oferecer melhor qualidade de vida e engajamento da comunidade com as propostas dos objetivos e metas, assim como a implantação dos resultados do trabalho final na comunidade. Estas doenças têm uma alta incidência e prevalência na UBS, sendo um dos maiores motivos de consulta, por isso a intervenção está dirigida a essa ação programática. De modo geral, alguns fatores de risco são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrente de doenças não transmissíveis como a HAS e DM.

A intervenção é importante no contexto da UBS, porque permitirá o cadastramento de 100% de usuários com HAS e DM, e a participação ativa deles em atividades de grupo. Toda minha equipe de trabalho se encontra bem envolvida na escolha do foco de intervenção e estiveram de acordo com o projeto, de forma que todos estão trabalhando em conjunto para o desenvolvimento deste.

As principais dificuldades/limitações existentes na UBS com respeito ao projeto será a locomoção da equipe para a realização das visitas domiciliares, pois o município tem uma grande área de extensão territorial. Outra dificuldade será a adesão dos usuários que moram em localidades distantes. Apesar dessas possíveis dificuldades, os gestores de saúde do município oferecem apoio e, desta forma, o desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção básica no município. Acredita-se que nossa intervenção vai ter boa aceitação da população, pois temos a meta de elevar os indicadores de qualidade a 100%, vincular os portadores desses agravos a UBS, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mudar hábitos e estilos de vida, oferecer orientação de hábitos alimentares saudáveis, obter o controle do peso corporal, com

o estímulo a prática regular da atividade física e, assim efetivar os princípios do SUS da integralidade e da universalidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Fortaleza dos Valos, Fortaleza dos Valos, RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade de Saúde Fortaleza dos Valos, no Município de Fortaleza dos Valos, Rio Grande Do Sul. Entretanto, por orientação do curso, a intervenção foi reduzida de 16 semanas (4 meses) para 12 semanas (3 meses). Participarão da intervenção pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus da área adstrita à UBS, 696 e 172 hipertensos e diabéticos, segundo estimativas. O cadastro será realizado de acordo com as informações obtidas na ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa será feito com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) que permitirá comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do Caderno de ações programáticas, bem como a realização de exame clínico apropriado, bem como o número de pacientes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Cada usuário hipertenso ou diabético em cada consulta ficará registrado ou verificado seu registro na FAHD pela enfermeira da ESF e após o preenchimento ou verificação passará para a consulta para o atendimento médico.



O acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e a necessidade de atendimento odontológico também serão monitorados, assim como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), a qualidade dos registros e o número de pacientes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano realizado pela médica.

Não serão deixados de lado o acompanhamento da realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre higiene bucal, riscos do tabagismo, de forma regular nas consultas pela médica e nas atividades de educação em saúde por qualquer um dos integrantes da equipe com prévia capacitação.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Todos os materiais necessários para a tomada da pressão arterial e a realização do teste de glicose estão disponíveis (um para cada equipe de saúde), assim como a versão impressa do protocolo para HAS e DM. Estão também garantidas, sem dificuldades, as solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS. No início de cada mês são disponibilizados certa quantidade de exames pelo SUS dando prioridade para esses usuários.

A farmacêutica da UBS é a encargada do registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados, e do controle mensal do estoque (incluindo validade) dos medicamentos.

Está sendo organizada a agenda de saúde bucal com os odontólogos da ESF para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação de necessidade deste tipo de atenção. Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Será criado um grupo de monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde (GMA), cujo responsável vai ser a médica, que estará encarregado pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS. O GMA será o encarregado de monitorar que as informações do SIAB se mantenham atualizadas, além de monitorar as ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Quanto aos usuários faltosos às

consultas, a enfermeira da equipe informará aos ACS para a busca ativa deles quinzenalmente.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

O acolhimento destes usuários será diferenciado, na sala de espera serão projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Será criado um espaço na rádio comunitário com uma periodicidade quinzenal, o responsável vai ser o gestor municipal, onde o gestor junto com os membros da ESF informará à população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e suas principais características. Serão orientados sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas, sobre a realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários, por parte da médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem.

Será confeccionado um folder com dicas de saúde que entre outros temas abordaram a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. O responsável para a confecção deste folder vai ser nosso gestor municipal.

Durante o acolhimento dos pacientes na sala de espera serão feitas atividades de educação em saúde relacionadas com estes temas com escala entre os integrantes da equipe.

Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos HIPERDIA com atividades sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Também atividades para a orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Serão realizadas capacitações quinzenalmente para a equipe de saúde da UBS pela médica, e envolverão diversos temas relacionados ao projeto de intervenção, como: cadastramento dos usuários, registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessários, a técnica correta da aferição de pressão arterial e da realização de glicoteste, realizar exame clínico apropriado, capacitar o profissional para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Atualização terapêutica da HAS e da DM, incluindo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

A equipe será capacitada por parte da médica e odontólogo ainda para realização de metodologias de educação em saúde; para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; para realizar o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Os agentes comunitários de saúde, em especial, serão orientados por parte da enfermeira quanto ao cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, bem como capacitados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Na capacitação sobre o tratamento da HAS e a DM será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para estes usuários, sendo disponibilizada uma lista com tais medicamentos para os profissionais que prescrevem, a responsável desta ação é a farmacêutica da UBS. Além disso, serão discutidas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável e promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

#### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.



Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Na minha UBS vamos a realizar a intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e adotaremos para isso os Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão arterial e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde disponíveis na UBS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A ficha de atendimento individual dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados em minha área de abrangência existente na unidade não registram informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação do risco cardiovascular, avaliação nutricional, exame dos pulsos periféricos, exame dos pés para avaliar o risco de apresentar pé diabético, que é uma das complicações mais frequentes nestes usuários. É por isso que para nossa intervenção vamos a utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Vamos a realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, colocando os medicamentos de HIPERDIA fornecidos pela secretaria municipal em um armário existente especificamente para estes fins.

O monitoramento destes usuários será feito semanalmente, pois o médico e a enfermeira farão um registro para cadastrar os casos novos de hipertensos e diabéticos, assim ficara mais organizada a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados ao mês.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para identificar aqueles que estão com consultas em atraso, exames clínicos e complementares em atraso, estratificação de risco cardiovascular, se receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal, entre outros.

Quanto à divisão das tarefas da intervenção, os Agentes Comunitários de Saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso informados pela enfermeira

semanalmente e agendará o usuário para a sua próxima consulta. A enfermeira da ESF será também a responsável pela avaliação da qualidade dos registros utilizados no projeto, identificando também os usuários com necessidades de atendimento odontológico. Verificará no cadastro da farmácia popular o acesso dos usuários aos medicamentos, e realizará o controle dos estoques de medicamentos indicados no tratamento da HAS e DM. O médico planejará todas as atividades dos grupos HIPERDIA. Temos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, vai monitorar mensalmente nos arquivos assim como o registro da entrega de medicamentos da farmácia, para isso o responsável vai ser a enfermeira.

Na sala de espera serão projetados vídeos existentes na UBS, com informações importantes sobre HAS e DM, e desenvolvidas atividades de promoção e educação em saúde. Garantir os materiais necessários para a tomada da PA e a realização do hemoglicoteste, com a ajuda dos gestores municipais, assim como a realização dos exames definidos pelo protocolo. Coordenar parcerias com outras instituições para envolver nutricionistas e educadores físicos nas atividades com os grupos HIPERDIA.

Para orientar a comunidade será criado um espaço na rádio comunitária com uma periodicidade quinzenal, onde os membros da ESF informarão a toda população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e suas principais características, para orientar a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, a importância do rastreamento para DM, entre outros. Também será confeccionado um folder com dicas de saúde sobre estas duas doenças assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. O responsável para a realização do folder é o gestor municipal. É importante monitorar a realização de orientação de atividade física regular de hipertensos e diabéticos, a orientação sobre riscos de tabagismo e orientação nutricional. Durante as atividades de grupo destes usuários a enfermeira realiza pesquisas de HGT e valores da PA, orientamos sobre práticas coletivas de alimentação saudável.

Os ACS serão capacitados pela enfermeira para orientar aos usuários e aos familiares sobre a importância de uma alimentação saudável nas visitas domiciliares. Estimamos alcançar com esta intervenção todos os diabéticos e hipertensos cadastrados em meu posto de saúde e para isto faremos contato com o gestor

municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias dos hipertensos e diabéticos e para imprimir todas as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho.

A definição do foco de intervenção já foi discutida com toda a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação prévia sobre os Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá no salão de reuniões da UBS, reservando uma hora semanal de cada quinta-feira no horário das 04h00min às 05h00min da tarde. Na capacitação cada membro da ESF estudará previamente uma parte do protocolo e exporá aos outros membros da equipe. Ao final serão tiradas as dúvidas em relação aos diferentes temas abordados em cada seção. Além disso, se estabelecerá uma periodicidade mensal para atualização dos profissionais da ESF. A equipe encontra-se engajada e motivada com a intervenção, e contamos para a logística com o apoio da secretaria de Saúde, o Conselho de Saúde Municipal e a Prefeitura.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção na UBS Fortaleza dos Valos estava prevista para acontecer em um período de 16 semanas, entretanto, após a orientação do curso, a mesma foi reduzida para 12 semanas. Nesse período, trabalhamos para melhorar a atenção de saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Por conta do encurtamento da intervenção, o esforço da equipe foi muito grande, principalmente nas últimas semanas, pois a equipe queria atingir as metas pactuadas no início.

Após a realizar a análise situacional de saúde de nosso município, tendo em conta os programas de saúde priorizados no SUS, escolhemos nosso tema não por sua cobertura, mas principalmente com o foco de melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM. Para realizar nossa intervenção, traçamos objetivos e metas, os quais seriam atingidos através das ações programáticas propostas no cronograma da intervenção, a serem desenvolvidas durante a mesma.

Nosso projeto foi apresentado aos gestores de saúde e aprovado, contando com seu apoio e colaboração para o desempenho e divulgação nos meios de comunicação da cidade. Já no início da intervenção fizemos uma reunião com a equipe para retomar o trabalho e juntos começar as atividades planejadas da intervenção. Cada um de nós ficou conhecendo seu papel nesta ação programática, além do protocolo disponibilizado para o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, o mesmo encontra-se impresso nos diferentes espaços de atendimento, assim como no computador da sala de reuniões acessível a todos para qualquer dúvida apresentada. Durante a reunião a enfermeira realizou uma explicação detalhada sobre aferição da pressão arterial e a realização do teste de glicose.

Também o projeto foi apresentado à comunidade nas diferentes microáreas para seu conhecimento, embora os ACS já ofereçam orientações durante suas visitas domiciliares.

Em todos os dias da semana foram realizados os atendimentos clínicos. No início se tornaram mais demorados, por isso capacitamos a enfermeira para o preenchimento de alguns itens da ficha espelho disponibilizada pelo curso, e desse jeito melhoramos a qualidade dos atendimentos. A técnica de enfermagem vem realizando a verificação das medidas antropométricas, aferição da PA e a realização do hemoglicoteste naqueles usuários que precisarem e a enfermeira vêm, preenchendo os dados na ficha espelho.

Durante os atendimentos clínicos no período da intervenção garantimos a realização dos exames clínicos incluindo exame odontológico, solicitação de exames complementares, estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Fizemos atividades de educação em saúde na sala de espera da UBS e nos grupos de Hipertensão, abordando diferentes temas de interesse para os usuários tais como alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e complicações dele nestas doenças, além da importância de realizar um tratamento adequado. Nestas atividades participaram os integrantes da equipe de saúde incluindo a farmacêutica da UBS, outros funcionários da unidade de saúde, a população alvo, assim como demais usuários da comunidade que se encontravam na UBS para atendimento clínico por outras doenças.

Além dos atendimentos em consultas, fizemos visitas domiciliares uma vez por semana, priorizando aqueles usuários que moram distantes com difícil acesso à UBS.

No eixo de organização e gestão de serviço garantimos os equipamentos necessários para a aferição da PA e realização do hemoglicoteste, embora tivessem uma dificuldade com o esfigmomanômetro que foi resolvida rapidamente. Também não conseguimos fazer os folders com dicas de saúde, mas todas as informações foram dadas por outros meios (na rádio da cidade).

Outra dificuldade apresentada na intervenção foi que apesar de que nosso município ter uma grande área de extensão territorial, só contamos com um transporte para as visitas domiciliares. Os ACS fizeram um ótimo trabalho realizando a busca ativa dos usuários cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos, mas nem

todos compareceram à consulta pelo motivo de não faltar ao trabalho, aspecto que temos que intervir para mudar.

Foi solicitado ao secretário municipal de saúde priorizar os exames complementares pelo SUS aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, para assim garantir um atendimento e controle de qualidade.

Também se realizou, pela farmacêutica e técnica de farmácia, o controle de estoque de medicamentos, incluindo prazo de validade, para garantir as necessidades dos usuários.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dentre as ações que estavam previstas para serem desenvolvidas, não foi possível a realização do folder com dicas de saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus. Também não foi possível dispor de um espaço quinzenalmente na rádio para oferecer informações à comunidade, essa ação realizou-se parcialmente, pois a médica e a enfermeira fizeram um bilhete com orientações sobre a existência do programa Hiperdia na UBS, a importância da aferição da PA a partir dos 18 anos de idade, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas, sobre a realização de exames complementares, entre outros temas relacionados com estas doenças. Esse bilhete foi entregue na rádio e divulgado mensalmente.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Conseguimos realizar todas as ações de monitoramento, facilitada pelo registro da ficha espelho e planilha de coleta de dados com a participação do médico, enfermeira e técnica de enfermagem. Foram acompanhadas e discutidas semanalmente pela equipe. Não houveram dificuldades relativas à coleta e sistematização dos dados. Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram atendidos em consultas contam com sua ficha de acompanhamento atualizada.



### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Apesar de não cadastrar os 70% dos usuários previstos, que era nossa meta de cobertura, a nossa equipe está satisfeita com os resultados, pois atingimos 100% de qualidade, além de incorporar à rotina de trabalho as ações programáticas, como por exemplo, continuar com a coleta e sistematização de dados de todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, seguir os atendimentos e controle segundo o protocolo, além de fazer atividades de educação em saúde de forma periódicas. Isso indica que vamos a continuar trabalhando para oferecer uma atenção de qualidade a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em nossa UBS.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Nossa intervenção teve como foco a melhoria da atenção à saúde das pessoas hipertensas e/ou diabéticas adstritas a nossa área de abrangência. A intervenção foi realizada com a estimativa da população alvo, conforme indicação da Planilha de Coleta de Dados, com estimativa do Vigitel (2011), sendo 696 hipertensos e 172 diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Nosso indicador quantitativo baseou-se na cobertura de atenção ao hipertenso e/ou diabético com a meta de cadastrar 70% dos usuários. No primeiro mês participaram 57 hipertensos, que representa 8,2% do total. Essa cobertura foi aumentando ao decorrer a intervenção, de forma que, no segundo mês, atendemos 124 usuários com hipertensão, que corresponde a 17,8%. Já no fim da intervenção, alcançamos 32,8% (228 hipertensos).

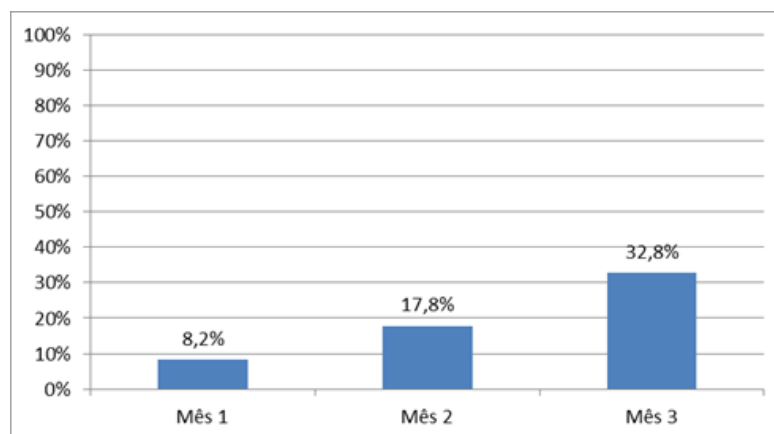


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Dentre os fatores que dificultaram o alcance desse indicador temos a distribuição geográfica de nosso município, pois ele tem localidades do interior de difícil acesso, com ampla extensão territorial, e muitos usuários não tem como chegar até a UBS. Além disso, alguns deles dão mais prioridade ao trabalho e não conseguem destinar tempo para cuidar da sua própria saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A cobertura dos usuários com diabetes teve um melhor comportamento ao longo desses três meses, de forma que no primeiro mês foram atendidos 21 diabéticos, que representam 12,2%. Essa cobertura foi aumentando ao decorrer a intervenção, de forma que, no segundo mês, atendemos 42 usuários com diabetes, que corresponde a 24,4%. Já no fim da intervenção, alcançamos 48,3% (83 diabéticos), o que indica que não atingimos nossa meta de cobertura. Os fatores que dificultaram o alcance desse indicador foram os mesmos sinalados no indicador de cobertura dos hipertensos.

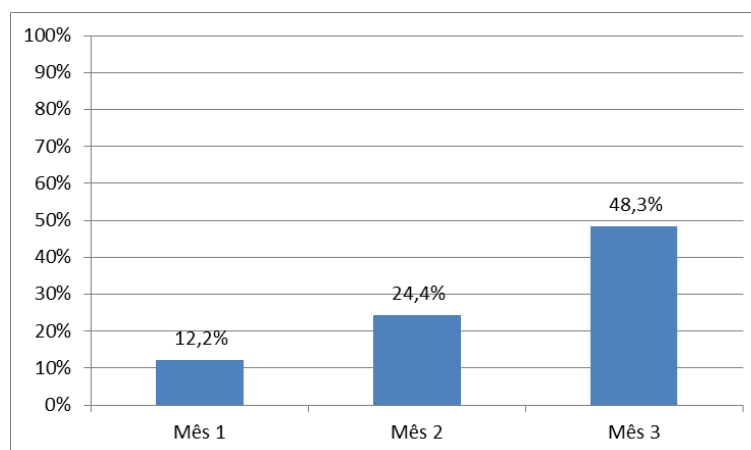


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

No primeiro mês foram atendidos 57 usuários com hipertensão e 100% foi avaliado, assim como no segundo mês, com 124 usuários (100%). No terceiro mês, todos os usuários que participaram na intervenção, neste caso 228 hipertensos,

ficaram com exame clínico apropriado para 100%. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e a participação ativa dos usuários.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

No primeiro mês foram atendidos 21 usuários com diabetes e 100% foi avaliado, assim como no segundo mês, com 42 usuários (100%). No terceiro mês, todos os usuários que participaram na intervenção, neste caso 83 diabéticos, ficaram com exame clínico apropriado para 100%. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e a participação ativa dos usuários.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção participaram 57 hipertensos, 30 destes tinham exames complementares em dia, o que correspondeu a 52,6% do total. No segundo mês de 124 hipertensos, 81 tinham exames em dia (65,3%). No terceiro mês, terminamos a intervenção com 100% dos usuários atendidos (228) com exames complementares em dia. No que se refere a esse indicador, é importante considerar que nem todos os usuários tinham exames em dia, pois foram considerados aqueles exames realizados no tempo de acordo com o protocolo, por isso que não todos estavam com exames em dia no início da intervenção, mas na verdade todos os que foram consultados tiveram exames complementares prescritos de acordo como protocolo.

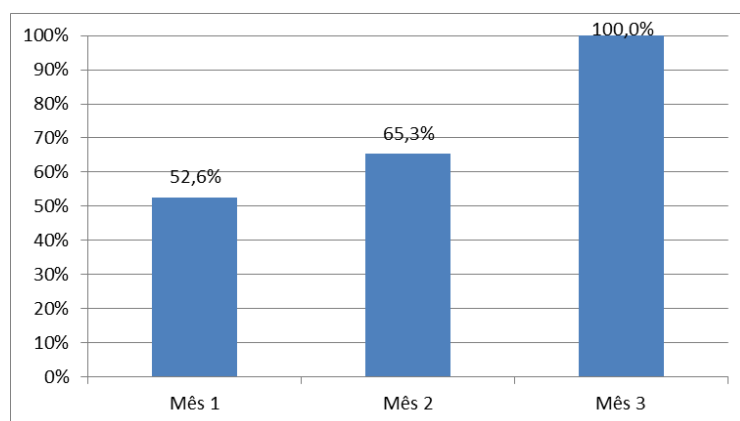


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os fatores que contribuíram ao alcance desse indicador foram a priorização dos usuários hipertensos para a realização dos exames disponibilizados pelo SUS no hospital do município.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com os usuários diabéticos foi visualizado o mesmo comportamento. No início da intervenção (primeiro mês), foram 21 atendimentos, deles 16 (76,2%) com exames em dia. No segundo mês foram 34 usuários com exames em dia (81%) e concluímos a intervenção com 83 diabéticos com exames em dia, o que representa o alcance em 100% de qualidade nesse indicador. Cabe destacar que nosso município garantiu a realização de exames complementares.

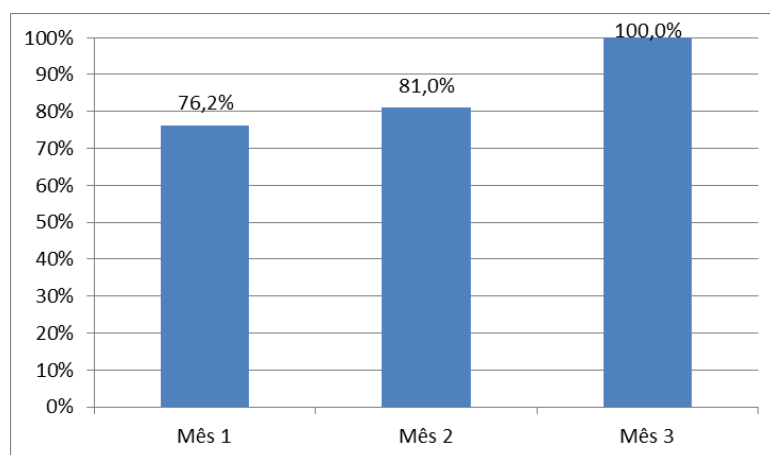


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês os 57 usuários atendidos possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular (100%), assim como os 124 usuários no segundo mês (100%). Ao final do terceiro mês, este indicador de qualidade também alcançou 100%, pois todos os usuários atendidos (228) durante a intervenção tinham tratamento com medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Alguns usuários estavam fazendo uso de medicamentos combinados com outros que não pertencem à farmácia popular/hiperdia, mas que na avaliação individualizada fizemos mudanças para que eles adquirissem os medicamentos de nossa farmácia.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No que se referem aos usuários com diabetes, no primeiro mês foram atendidos 21 usuários (100%) e todos eles possuíam a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês, foram 42 usuários (100%) e no final, terceiro mês, participaram da intervenção 83 diabéticos, todos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia para 100% de qualidade. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a priorização da prescrição dos medicamentos da farmácia popular para garantir o tratamento dos usuários, pois muitos não contam com condições econômicas favoráveis para adquirir medicamentos a alto custo.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

No primeiro mês da intervenção, dos 54 usuários com hipertensão atendidos, 100% foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Da mesma forma aconteceu no segundo mês, com 100% dos usuários avaliados (124). Ao final da intervenção foram avaliados os 228 hipertensos que participaram, que corresponde a 100% de qualidade nesse indicador. Para o alcance desse indicador explicamos aos usuários a importância de manter boa saúde bucal, e todos eles cooperaram para a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Todos os diabéticos atendidos foram avaliados em quanto à necessidade de atendimento odontológico (100%). No primeiro mês foram 21 usuários avaliados (100%), no segundo mês 42 usuários (100%) e no último mês da intervenção foram avaliados 83 usuários (100%), dessa forma, todos os que necessitaram foram encaminhados para consulta. Os fatores que contribuíram no alcance desse indicador foram os mesmo do anterior.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Durante a intervenção os ACS foram encarregados da busca ativa dos usuários faltosos às consultas, ação que apesar das condições climáticas foram realizadas de uma forma muito satisfatória, conforme apontam os resultados. No primeiro mês faltaram à consulta 27 hipertensos e foi realizada a busca ativa de 100%; no segundo mês foram 43 usuários faltosos no total e 100% buscados, e no terceiro mês, dos 100 hipertensos faltosos, todos eles foram acionados por meio de busca ativa, que representa 100%.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Com relação aos diabéticos, os faltosos do primeiro mês foram 4 usuários e 100% buscados. No segundo mês, 9 usuários faltosos foram buscados e, ao final, faltaram a consulta 23 usuários no transcurso da intervenção, com 100% de busca ativa. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram o trabalho da equipe unida, mais organizada, assim como a dedicação e compromisso dos ACS para alcançar nossos objetivos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Para realizar o registro adequado dos hipertensos cadastrados na UBS que participaram na intervenção, capacitamos a enfermeira da equipe para preencher alguns dados na ficha espelho, e assim ajudar a melhorar a qualidade do atendimento médico, pois na hora da consulta já muitos itens estavam preenchidos. Este indicador foi atingido em 100% em todos os meses. No primeiro mês todos os 57 usuários estavam com o registro adequado (100%), assim como os 142 usuários no segundo mês. Ao final todos os 228 hipertensos tinham seus registros adequados, que corresponde a 100%.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os diabéticos acompanhados na intervenção ficaram com registro adequado na ficha de acompanhamento, que representa 100%. No primeiro mês tinham registro adequado 21 usuários, no segundo mês, 42 usuários e, ao final do terceiro mês, 83 diabéticos. Os fatores que contribuíram no alcance desse indicador foram a capacitação da enfermeira e a médica para o preenchimento das fichas de acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês participaram da intervenção 57 hipertensos, todos foram avaliados enquanto a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês, 142 usuários, e no terceiro terminamos com 228 hipertensos, todos com estratificação do risco cardiovascular, que representa 100% de qualidade. Para alcançar este indicador foi necessário que a equipe se capacitasse para classificar aos usuários segundo os fatores de riscos cardiovasculares.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em todos os diabéticos atendidos foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. No primeiro mês foram atendidos 21 diabéticos (100%), no segundo 42 usuários (100%), e já no terceiro, 83 diabéticos que corresponde 100%. Os fatores fundamentais para alcançar esse indicador foram a capacitação dos profissionais segundo o protocolo do Ministério de Saúde, e a execução do mesmo de maneira satisfatória para a priorização dos atendimentos.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Todos os hipertensos que participaram na intervenção receberam orientação sobre alimentação saudável. No primeiro mês todos os 57 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 124 orientados (100%) e no terceiro mês 228 usuários e conseguimos fechar a intervenção com 100% desse



indicador alcançado. Os fatores que contribuíram no alcance desse indicador foram os conhecimentos adquiridos pelos integrantes da equipe, os quais foram oferecidos aos usuários nas consultas médicas, visitas domiciliares, assim como nas atividades de educação em saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Todos diabéticos com atendimento clínico também receberam orientação sobre alimentação saudável. No primeiro mês todos os 21 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 42 orientados (100%) e no terceiro mês 83 usuários e conseguimos fechar a intervenção com 100% desse indicador alcançado. Os fatores que contribuíram no alcance desse indicador foram os conhecimentos adquiridos pelos integrantes da equipe, os quais foram oferecidos aos usuários nas consultas médicas, visitas domiciliares, assim como nas atividades de educação em saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

No primeiro mês todos os 57 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 124 orientados (100%) e no terceiro mês 228 usuários e assim garantimos orientação sobre prática regular de atividade física aos 100% dos hipertensos. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram orientações frequentes sobre a importância da realização de atividade física para evitar complicações, e diminuir fatores de riscos como o sedentarismo e a obesidade.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Do mesmo jeito oferecemos orientação sobre atividade física a todos os diabéticos que participaram, o que representa 100%. No primeiro mês todos os 21 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 42 orientados (100%) e no terceiro mês 83 usuários e conseguimos fechar a intervenção com 100% desse indicador alcançado. Os mesmos fatores expostos anteriormente em

relação aos usuários hipertensos foram os que contribuíram para alcançar esse indicador nos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Todos os hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês os 57 usuários atendidos foram orientados (100%), assim como os 124 usuários do segundo mês (100%). Ao final do terceiro mês, este indicador também alcançou 100%, pois todos os usuários atendidos 228 foram orientados. Para o alcance deste indicador contribuíram as necessidades de orientar aos usuários sobre os riscos do tabagismo nos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Também oferecemos orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos. No primeiro mês todos os 57 usuários foram orientados (100%), assim como os 142 usuários do segundo mês. Ao final todos os 228 hipertensos foram orientados, que corresponde a 100%. Este indicador foi alcançado devido a que todos os integrantes da equipe ofereceram orientações sobre os riscos do tabagismo em todos os serviços da atenção, não foi apenas o trabalho da médica.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

A totalidade dos usuários hipertensos recebeu orientação sobre higiene bucal, o que representa 100% desse indicador. No primeiro mês todos os 57 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 124 orientados (100%) e no terceiro mês 228 usuários e assim garantimos orientação sobre saúde bucal aos 100% dos hipertensos. Este indicador está estreitamente relacionado com o indicador da avaliação de necessidade de atendimento odontológico, pois uma vez avaliada a necessidade de atendimento, oferecemos para os usuários orientações sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Todos os usuários diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês todos os 21 usuários (100%) atendidos foram orientados, no segundo mês foram 42 orientados (100%) e no terceiro mês 83 usuários e conseguimos fechar a intervenção com 100% desse indicador alcançado. A higiene é fundamental nos usuários diabéticos e a higiene bucal não é considerada menos importante, pois uma pequena infecção pode acarrear dificuldades no metabolismo e descompensar a glicose. Por isso da importância de oferecer orientações a todos os usuários.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a melhoria da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Nossa intervenção foi de muita importância para a equipe, pois ela propiciou uma melhor relação entre nós, e dessa forma o trabalho ficou mais organizado. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, agentes comunitários de saúde, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Desta forma a atenção destes usuários teve mais qualidade, desde o acolhimento até as orientações para prevenir possíveis complicações destas doenças, que são as mais frequentes na atenção primária.

Com a intervenção foi necessário fazer uma capacitação para que cada um dos profissionais da equipe conheça-se suas atribuições na intervenção, atribuições que devem estar sempre presentes em nosso dia a dia.

O trabalho melhorou significativamente, houve um ótimo acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, em todos os serviços, começando pela recepção, onde organizava os prontuários e passava para a técnica de enfermagem. A técnica realizava a aferição da pressão arterial, hemoglicoteste, e das medidas antropométricas, e a enfermeira se encarregava de preencher os dados na ficha espelho, assim como organizar os atendimentos médicos segundo a classificação de riscos. Já na consulta, receberam um ótimo atendimento com a qualidade requerida.

Os ACS também conheceram suas atribuições nesta ação programática, eles foram orientados a realizar a busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, além de orientar a aferição da PA ao menos uma vez por ano a partir dos 18 anos de idade.

A intervenção propiciou um trabalho mais integrado da equipe com a farmacêutica e a técnica de farmácia, pois elas tinham a responsabilidade de fazer o controle e monitoramento do estoque dos medicamentos, incluindo a validade dos mesmos, com o objetivo de garantir a demanda dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes para todos os usuários cadastrados na UBS.

Em resumo, a intervenção foi muito relevante para a equipe e com ela todos nós aumentamos nossos conhecimentos sob a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a equipe ficou mais unida como profissionais e como pessoas, fortalecendo nossos valores de humanismo, integralidade, igualdade, etc.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e com melhor qualidade de atendimento.

Quanto ao registro das informações, somente existia o portuário médico sem arquivo específico para estes usuários, com a realização da ficha espelho o trabalho ficou mais organizado, cada um dos usuários com uma ficha de atendimento completa, arquivadas num lugar específico do arquivo por micro áreas, o que facilita o controle para seguimento.

Todos os dias realizaram-se atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, alguns chegavam para o controle, outros iam por outras queixas, ou simplesmente a trocar receitas, mas todos eles receberam um ótimo acolhimento, e foram priorizados para atendimento de acordo com a classificação de riscos cardiovasculares.

A intervenção teve um grande impacto na comunidade, embora ainda tenhamos que ampliar a cobertura. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a priorização dos atendimentos e a qualidade dos mesmos, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Propiciou um maior engajamento entre os profissionais e a comunidade através das atividades de educação em saúde, onde lhes oferecemos orientações

de promoção e prevenção, houve trocas de experiências e conhecimentos que ajudaram a mudanças no modo e estilos de vida dos usuários.

De forma geral a comunidade ficou contente e satisfeita com a intervenção, pois melhoramos o acolhimento, o atendimento, o controle e acompanhamento dos usuários, além de alcançar uma estreita relação profissional- usuário.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de efetuar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada e vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação á necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos a seguir trabalhando na busca ativa dos usuários faltosos ás consultas até cadastrar 100% dos usuários e também garantir a realização de exames complementares, assim como priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Nossa equipe de saúde após a intervenção continuou trabalhando com muito esmero, com o proposito de cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos. Este projeto foi nosso incentivo para programar a execução e organização do pré-natal na UBS.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Sr. Secretário de Saúde,

A equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em um período de 12 semanas, onde foram cadastrados e acompanhados os usuários de 20 anos ou mais com hipertensão e/ou diabetes.

Para decidir o tema da intervenção foi preciso fazer uma análise situacional do processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família Fortaleza dos Valos, para conhecer as deficiências e dificuldades a serem respondidas. Após essa análise fizemos uma reunião e decidimos em equipe que realizaríamos uma intervenção para melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência, para isso realizamos o projeto de intervenção com várias atividades e ações programáticas segundo o protocolo de atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos.

A população vinculada à equipe de saúde é de 4.575 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com nesta população a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais é 696 usuários, e 172 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território.

Antes da intervenção a maioria da população desconhecia a existência do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, não existia um arquivo específico para o controle e acompanhamento destes usuários, o trabalho não estava organizado sem priorização de atendimentos nem estratificação de riscos.

Com o avanço da intervenção todas essas dificuldades foram sendo resolvidas paulatinamente com o apoio dos gestores garantindo os utensílios e equipamentos necessários. Também a secretaria de saúde garantiu a realização dos exames complementares pelo SUS no Hospital Municipal.

Ao final dos três meses, conseguimos alcançar 32,8% de cobertura dos usuários com hipertensão (228 usuários) e 48,3% de usuários com diabetes (83 usuários). É importante apontar que todos os demais indicadores da qualidade da atenção foram alcançados em 100%, como a realização de exames clínicos e exames complementares; prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; avaliação da necessidade de atendimento odontológico; busca ativa de faltosos; estratificação de risco cardiovascular e orientação para adoção de hábitos saudáveis, como alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e realização adequada de higiene oral.

Esta intervenção foi muito importante e bem aceita pela população, com ela melhoramos o acolhimento dos usuários, oferecemos uma ótima qualidade nos atendimentos, fizemos atividades de promoção e prevenção em saúde.

Agradecemos aos membros da equipe pelo interesse demonstrado para o desenvolvimento da atividade, à comunidade e aos gestores de saúde pelo apoio que nos foi dado e por acreditar que seria possível desenvolver este trabalho para a melhoria da atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos na nossa UBS. Cabe destacar que vamos a incorporar nosso trabalho à rotina da UBS e encaminhar nossos esforços para acrescentar outros programas com a qualidade requerida.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Nós da Unidade de Saúde da Família Fortaleza dos Valos viemos por meio deste relatório apresentar os resultados da intervenção para melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. A intervenção teve uma durabilidade de 12 semanas e tivemos como meta cadastrar o 70% dos hipertensos e diabéticos segundo a estimativa, que corresponde a 696 e 172 usuários respectivamente.

Nossa equipe de saúde começou fazendo uma análise da situação de saúde do município, com prévio levantamento da estrutura da UBS, organização do trabalho e funcionamento, podendo ter uma visão mais ampla da mesma e reconhecer as deficiências e as dificuldades do processo de trabalho. Com base nisso, a equipe fez uma análise detalhada determinando começar a melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS, o qual vai ser nosso motor impulsor para melhorar a atenção de saúde de outros programas.

Com a intervenção conseguimos alcançar 32,8% de cobertura dos usuários com hipertensão (228 usuários) e 48,3% de usuários com diabetes (83 usuários). É importante apontar os cadastrados no Programa passaram a ter um melhor acolhimento, um atendimento de qualidade com exame físico completo, avaliação nutricional, pedidos de exames complementares de acordo ao protocolo para identificar a gravidade das suas doenças e até outras doenças associadas. Todos receberam receitas de remédios da Farmácia Popular/hiperdia. Foram avaliados em quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os usuários que estavam com atraso nas consultas foram visitados pelos ACS para que assistissem à consulta.

Fizemos atividades de educação em saúde onde vocês receberam orientações sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, os cuidados com a higiene bucal e conhecimentos sobre os riscos do tabaco para quem tem pressão alta e diabetes, orientações que são muito



importantes para reduzir complicações cardiovasculares e neurológicas, como infarto do miocárdio e os acidentes cerebrais vasculares. Também falamos sobre a importância de medir a pressão arterial; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg.

Durante a intervenção se apresentaram algumas dificuldades, entre delas que muitos de vocês não foram à consulta por não faltar ao trabalho, aspecto que precisamos analisar e buscar estratégias conjuntas para solucionar essa dificuldade, pois cuidar da saúde é fundamental. Esperamos que a intervenção tenha sensibilizado para a questão e que de agora em diante vocês sejam mais preocupados e ocupados pela sua saúde.

Apesar das dificuldades apresentadas, a intervenção foi feita com muita qualidade, amor e dedicação, melhorando a qualidade da atenção de saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Pretendemos dar continuidade as ações da intervenção porque percebemos o quanto foram importantes para a população e para o trabalho da equipe da Unidade de Saúde. Agradecemos pela parceria e contribuições da comunidade no nosso dia a dia de trabalho.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Na minha chegada ao Brasil eu fiquei um pouco desorientada com a modalidade da Universidade a distância, pois nunca antes tinha utilizado essa ferramenta. No início apresentei dificuldade para fazer meu cadastro e começar o curso, mas pouco a pouco foi adquirindo habilidade. Eu também não conhecia muito de informática, o que atrapalhou meu desempenho, agora eu posso dizer que este curso foi muito importante para mim em diversos aspectos.

Com a realização deste curso não apenas ampliei meus conhecimentos da informática, também teve uma visão mais ampla da situação de saúde do município onde trabalho, que ajudou a melhorar o trabalho da nossa UBS.

Desde o ponto de vista profissional, o curso propiciou um melhor relacionamento com os demais integrantes da equipe e com a comunidade, ajudou-me a conhecer a importância do trabalho em equipe para o adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, além disso, reforçou meus conhecimentos sobre Hipertensão e Diabetes, além de outras doenças, pois apesar de as doenças serem muito similares as de Cuba, os protocolos têm suas particularidades.

Esta modalidade de ensino a distância tem suas vantagens, pois o Brasil tem uma ampla extensão territorial, e, portanto a maioria de nós teria que passar horas nas estradas até chegar ao encontro na Universidade. Também nos permitiu interagir com nossos colegas e orientadores através dos fóruns e DOE para trocar ideias, experiências e dúvidas. A realização dos estudos de prática clínica e casos clínicos interativos estimularam o raciocínio clínico e o manejo adequado dos problemas de saúde e possibilitaram ampliar e aprofundar o conhecimento de temas muitos frequentes na APS.

Com a realização de nossa intervenção eu pude conhecer melhor o manejo dos usuários com Hipertensão e Diabetes no Brasil, aprendi que é muito importante trabalhar em equipe para proporcionar atendimentos e acompanhamentos de qualidade, identificar os problemas, e planejar ações de saúde, sobretudo ações de promoção e prevenção em saúde.

O curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou muito para mim porque me ajudou a melhorar profissionalmente, aprendi muitas coisas sobre o SUS, tive experiências maravilhosas e inesquecíveis.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, S29-S36, 2003.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	1									
	2									
	3									

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês					
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				

[illegible]



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante